

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES Y ANESTESIA**

Se trata de mi consentimiento para Dr. Westfall o cualquier otro médico que puede ser necesario realizar la oral, maxilo-facial y procedimientos dentales indicados en mi examen y cualquier otro procedimiento que se considere necesario como corolario la sedación planificada y ultraligero anestesia general dependiendo de la sentencia de los médicos involucrada en mi atención.

Me han sido informado y comprender que en ocasiones hay complicaciones que pueden ocurrir con cualquier procedimiento dental, incluyendo cirugía, anestesia, y o medicamentos. Estas incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

- Puesto operativo incomodidad e hinchazón
- Pesados sangrado que pueden ser prolongada
- Puesto operativo infecciones que requieren tratamiento adicional
- Hematomas o decoloración en el sitio de inyección
- Lesión en el nervio subyacente los dientes resultantes de entumecimiento u hormigueo de la barbilla, labios, mejillas, encías y la lengua en el sitio de tratados; Esto puede persistir durante semanas, meses, o en casos remotos, permanentemente
- Rigidez del cuello y músculos faciales
- Boca restringida durante varios días o semanas de apertura
- Tromboflebitis (inflamación de una vena) de inyecciones intravenosas y por vía intramuscular
- Lesión de TMJ secundaria al tratamiento, especialmente cuando los síntomas de TMJ preexistentes
- Cambiar en oclusión
- Lesiones a los dientes adyacentes, restauraciones en otros dientes y heridas a otros tejidos
- Dolor referido a la oreja, el cuello y la cabeza
- Náuseas y vómitos, reacción alérgica, colapso cardiovascular u otras condiciones que requieren hospitalización
- Aperturas oral/sinusal con cicatrización retardada y posiblemente requerir cirugía adicional
- Decisión de dejar un pequeño trozo de raíz en la mandíbula cuando su eliminación requeriría cirugía extensa

Anestésicos, medicamentos y recetas pueden causar somnolencia y falta de coordinación, que puede reducirse mediante el uso de alcohol u otras drogas. Yo he sido aconsejado no operar cualquier vehículo o dispositivo peligrosa durante al menos 24 horas o hasta recuperarse plenamente el efecto de la anestesia o medicamentos que pueden ha dado a mí por mi atención.

Durante el transcurso de mi tratamiento, condiciones imprevistas pueden revelarse que requieren una extensión del procedimiento original o un procedimiento diferente de lo previsto en primer lugar. Por lo tanto autorizar y solicitar el Dr. Westfall y sus asistentes para realizar estos procedimientos como son necesarias y deseables en el ejercicio de su juicio profesional. La autoridad concedida en virtud del presente apartado se extenderá para el tratamiento de todas las condiciones que requieren tratamiento y no son conocidos en el momento que se inició el procedimiento original.

Todas las instrucciones post operativas se explicará a mí junto con recibir instrucción escrita. Se encargará de un post operativa visita si es necesario y entiendo que un perfecto o cura no es garantizado justifica y no puede ser garantizada o justifica. También entiendo que puedo pedir para un recital completo de todo operador de posibles riesgos para las fases de mi atención sólo preguntando.

Si tiene alguna queja puede contactar con el Texas estado Board of Dental Examiners, (TSBDE), en 333 Guadalupe, torre 3, Suite 800, Austin, TX 78701-3942 o usted puede llamar TSBDE en 800-821-3205.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del paciente/padre

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del representante de la Oficina

**Weatherford Pediatric Dental Associates, PLLC.**

**Consentimiento del paciente para la divulgación de información y reconocimiento del formulario.(HIPPA)**

Entiendo que al firmar este formulario consiente a lo siguiente:

1. **Compartir información con el propósito de tratamiento:**  
Compartiré mi información con todos los miembros de mi equipo de tratamiento, dentro de esta Oficina y con otros proveedores (personales e institucionales) a fin de proporcionarme con programas de atención y educación y bienestar de calidad especificados por mi plan de seguro. Esto incluirá la comunicación con nuestro equipo en forma verbal y no verbal como recordatorios de postal, placas de reconocimiento, firman en la información y las formas de comunicación para visitas de oficina y atención de pacientes.
2. **Intercambio de información para fines de pago:**  
Usted compartirá toda la información necesaria con mi asegurador, entidades gubernamentales y sus representantes (incluyendo, pero no se limita a beneficiar a revisión de la determinación y utilización) así como sus representantes involucrados en las empresas de proceso de facturación y en situaciones extremas, burós de crédito o agencias de cobro.
3. **Intercambio de información a los efectos de las operaciones:**  
Usted compartirá toda la información necesaria para las operaciones en curso de esta Oficina, incluyendo (pero no limitado a) la acreditación procesos, revisión por pares, acreditación y cumplimiento de todas las leyes federales y estatales.

También entiendo que al firmar este formulario, doy este permiso de la Oficina para dejar mensajes en mi contestador automático o buzón de voz o con un pariente en relación con: los mensajes de notificación de citas, llamar a la Oficina, resultados de las pruebas y cualquier otra información relativa a su salud.

Información podría dejar con: \_\_\_\_\_ en mi casa o en otra ubicación. Entiendo que puede liberar cualquier información a cualquier persona que la persona o personas puestas en el formulario.

Mi consentimiento es dado libremente. Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si esa revocación es por escrito, pero cualquier revelación dada en depender de este consentimiento será admisible.

Si tiene alguna queja puede contactar con el Texas estado Board of Dental Examiners, (TSBDE), en 333 Guadalupe, torre 3, Suite 800, Austin, TX 78701-3942 o usted puede llamar TSBDE en 800-821-3205.

\_\_\_\_\_  
Niño o nombres (impresos) fecha niños

\_\_\_\_\_  
Padre/tutor firma fecha

Yo he leído y me han ofrecido y dado una copia de la notificación de prácticas de privacidad para Asociación de Weatherford Pediátrica Dental.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
FECHA DE FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA OFICINA

# Weatherford Pediatric Dental Associates

1508 Ft. Worth Hwy., Ste 300

Weatherford, TX 76086

817-594-6364

## COMUNICADO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Niño o los nombres de los niños: \_\_\_\_\_

Niño o fecha de niños de nacimiento: \_\_\_\_\_

Entiendo que al firmar este formulario consiento a lo siguiente:

Notificación por el Dr. Brian Westfall para cambios en el tratamiento y la información de mi hijo o hija puede dejar con:

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero De Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero De Telefono \_\_\_\_\_

Entiendo que no puede divulgar cualquier información a nadie que no sea las personas o personas mencionadas.

Autorizo el guardián temporal, en el caso que yo no puedo ser contactado o si cualquier urgencia dicta actuar *in loco parentis* del niño o niña respecto de cualquier circunstancias, incluyendo cualquier accidente o enfermedad, que puede requerir tratamiento médico, incluyendo cirugía y en el mío para autorizar cualquier tratamiento o cirugía que ellos, a su exclusiva discreción, (que discreción no será ejercitado irrazonable), que se considere necesario. Tratamiento médico para el niño también puede incluir cirugía dental, rayos x, la transfusión de sangre, anestesia y medicación siempre que cualquier tal tratamiento médico es realizado por un médico con licencia. Queda aceptar plena responsabilidad por todos los gastos realizados a través de tal tratamiento médico para el niño o niña.

Mi consentimiento es dado libremente. Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si esa revocación es por escrito, pero cualquier revelación dada en confianza de este consentimiento será admisible.

Firma de Padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de hoy

Si se necesita más espacio, utilice el formulario atrás.